Götz Kockott und Eva-Maria Fahrner

Sexual-störungen des Mannes

Fortschritte der Psychotherapie

Hogrefe

Sexualstörungen des Mannes

Fortschritte der Psychotherapie
Manuale für die Praxis
herausgegeben von
Prof. Dr. Dietmar Schulte, Prof. Dr. Klaus Grawe
Prof. Dr. Kurt Hahlweg, Prof. Dr. Dieter Vaitl

Band 9

Sexualstörungen des Mannes

von

Götz Kockott
und
Eva-Maria Fahrner

Hogrefe • Verlag für Psychologie
Göttingen • Bern • Toronto • Seattle

Sexualstörungen des Mannes

von

Götz Kockott
und
Eva-Maria Fahrner

Hogrefe • Verlag für Psychologie
Göttingen • Bern • Toronto • Seattle

Prof. Dr. med. Götz Kockott, geb. 1935. 1953-1959 Studium der Medizin in Berlin. 1959 Promotion. 1967-1980 am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München tätig, zuletzt als stellvertretender Leiter der Poliklinik. 1980 Habilitation. Seit 1986 apl. Professor. 1981-1990 Ober-arzt und Leiter der psychiatrischen Poliklinik und seit 1990 leitender Oberarzt der psychiatrischen Klinik rechts der Isar der Technischen Universität München.

Dr. rer. nat. Eva-Maria Fahrner, geb. 1952. 1972-1979 Studium der Psychologie in Tübingen. 1979-1982 Forschungsstipendiatin am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München. 1984 Promotion. 1983-1985 Forschungsassistentin an der Psychiatrischen Klinik der Technischen Universität München. 1985-1987 Wissenschaftliche Mitarbeiterin und 1987-1994 Leiterin einer Forschungsgruppe am IFT – Institut für Therapieforschung, München. Seit 1994 Projekt-Coaching in Unternehmen und niedergelassen in eigener Praxis als Verhaltenstherapeutin tätig.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissenstand bei Fertigstellung des Werkes abzudrucken. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, daß es sich um einen freien Warennamen handele.

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Ein Titeldatensatz für diese Publikation ist bei Der Deutschen Bibliothek erhältlich.

© by Hogrefe-Verlag, Göttingen • Bern • Toronto • Seattle 2000
Rohnsweg 25, D-37085 Göttingen

http://www.hogrefe.de
Aktuelle Informationen • Weitere Titel zum Thema • Ergänzende Materialien

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Satz: Druckvorlagen Bernert, Göttingen
Druck: Schlütersche GmbH & Co. KG Verlag und Druckerei
Printed in Germany
Auf säurefreiem Papier gedruckt

ISBN 3-8017-1006-8

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 1

Sexuelle Funktionsstörungen

1 Beschreibung der Funktionsstörungen 2
1.1 Die Störungsbilder 2
1.1.1 Definitionen 2
1.1.2 Inhaltliche Beschreibung der einzelnen Störungsbilder 3
1.1.3 Sexuelle Unlust (Sexuelle Appetenzstörungen) 4
1.1.4 Erektionsstörungen 5
1.1.5 Ejakulationsstörungen 5
1.1.6 Dyspareunie 7
1.1.7 Formale Beschreibungskriterien 7
1.2 Differentialdiagnostik 8
1.2.1 Körperliche Erkrankungen 8
1.2.2 Pharmaka 10
1.2.3 Psychopharmaka 11
1.2.4 Andere psychische Störungen 12
1.3 Epidemiologie 13
1.3.1 Allgemeinbevölkerung 13
1.3.2 Klinische Stichproben 15
1.4 Verlauf und Prognose 16
1.5 Das übliche, nicht gestörte Sexualverhalten 17
1.5.1 Biologische Grundlagen 17
1.5.2 Das zur Zeit übliche Sexualverhalten 21
1.5.2.1 Sexuelles Verhalten 21
1.5.2.2 Sexuelle Phantasien 22
1.5.3 Sexualität in verschiedenen Lebensabschnitten 23
1.5.3.1 Jugendsexualität 23
1.5.3.2 Die Sexualität im höheren Lebensalter 24

2 Störungstheorien und -modelle 26
2.1 Entstehungsbedingungen 27
2.2 Aufrechterhaltende Faktoren 28
2.3 Erklärungsmodell 31

3 Diagnostik und Therapieplanung 33
3.1 Voraussetzungen für das Gespräch 33
3.2 Gesprächsführung 34
3.2.1 Ablauf des Gesprächs 34
3.2.2 Vor- und Nachteile verschiedener Fragearten 35
3.2.3 Einbeziehung der Partnerin 36
3.3 Verhaltensanalyse 37
3.3.1 Was ist das sexuelle Problem? 38
3.3.2 Zusammenhang mit anderen Problembereichen 40
3.3.3 Derzeitiges Sexualverhalten 41
3.3.4 Lerngeschichte 43
3.3.5 Therapiemotivation 45
3.4 Therapieplanung 45
3.4.1 Beratung oder Therapie? 45
3.4.2 Partnertherapie oder Sexualtherapie? 46
3.4.3 Psychische oder organische Verursachung? 47

4 Sexualberatung 49
4.1 Häufige Beratungsthemen 49
4.1.1 Informationslücken 49
4.1.2 Einstellungsveränderungen 51
4.1.3 Probleme in der sexuellen Kommunikation 52
4.1.4 Besonderheiten in verschiedenen Lebensaltersstufen . . . 52
4.1.5 Information über Therapiemöglichkeiten 54
4.2 Sexualstörungen und andere Erkrankungen 55
4.2.1 Körperliche Krankheiten 55
4.2.2 Psychische Erkrankungen 59
4.3 Methodik und Praxis der Beratung 61
4.3.1 Beratung des Paares 62
4.3.2 Mögliche Therapeutenfehler in der Beratung 64

5 Behandlung 65
5.1 Psychotherapie der Sexualstörungen 65
5.1.1 Historische Entwicklung der Sexualtherapie 65
5.1.2 Grundlagen und Ziele der Sexualtherapie 67
5.1.3 Das therapeutische Vorgehen bei Erektionsstörungen . . . 69
5.1.3.1 Spezifische Aspekte 69
5.1.3.2 Sensate Focus 70
5.1.3.3 Spezielle Therapiemethoden 73

5.1.4 Das therapeutische Vorgehen bei Ejakulationsstörungen . 75
5.1.4.1 Spezifische Aspekte 75
5.1.4.2 Spezielle Therapiemethoden 76
5.1.5 Therapie bei anderen psychosexuellen Störungen 80
5.1.5.1 Störungen der sexuellen Appetenz 80
5.1.5.2 Verzögerter Orgasmus, Anorgasmie 81
5.1.6 Effektivität und Prognose 82
5.2 Sexualtherapie für Männer ohne Partnerin 82
5.2.1 Probleme der Einzelpatienten 82
5.2.2 Therapieschritte bei Erektionsstörungen 84
5.2.3 Therapieschritte bei Ejakulationsstörungen 86
5.3 Somatische Behandlungsmethoden 88
5.3.1 Orale Medikation und mechanische Hilfsmittel (nicht-invasive Behandlungen) 89
5.3.2 Injektionen und Operationen (teil-invasive und invasive Behandlungen) 93

Weitere Sexualstörungen

6 Sexuelle Deviationen, Paraphilien 95
6.1 Die Störungsbilder 95
6.2 Diagnostik, Epidemiologie, Verlauf und Prognose 97
6.3 Störungstheorien 100
6.4 Behandlungsmöglichkeiten 101
6.4.1 Beratung 101
6.4.2 Medikamentöse Behandlung 102
6.4.3 Psychotherapie 103
6.4.4 Das verhaltenstherapeutische Vorgehen 105
6.4.5 Reduktion bzw. Kontrolle über sexuell deviantes Verhalten 106
6.4.6 Verbesserung bzw. Aufbau üblichen, nicht-devianten sexuellen Verhaltens 107
6.4.7 Verbesserung bzw. Aufbau sozialer Fertigkeiten und interpersoneller Kommunikation 107
6.4.8 Rückfallprävention 108
6.4.9 Empirische Belege über die Therapie-Effektivität 108

Exkurs

7 Homosexualität 109
7.1 Beschreibung und Diagnostik 109
7.2 Erscheinungsformen 110
7.3 Entstehungstheorien 111
7.4 Beratung 112
7.4.1 Homosexuelle Episoden in der Pubertät 112
7.4.2 Coming-out-Phase 113
7.4.3 Homosexuelle mit Schwierigkeiten, ihre Homosexualität zu akzeptieren 114

8 Weiterführende Literatur 115

9 Literatur 115

Karten:
Leitfaden zur Diagnostik und Verhaltensanalyse
Behandlung von Erektionsstörungen
Behandlung von frühem Samenerguß

Einleitung[1]

Sexuelle Schwierigkeiten sind häufig. In einer demographisch repräsentativen Untersuchung aus jüngster Zeit gaben 31 % der Befragten an, im letzten Halbjahr sexuelle Probleme erlebt zu haben, 10 % der Gesamtstichprobe suchten deshalb therapeutische Hilfe auf. Man nimmt an, daß 20 % der Patienten, die sich wegen psychischer Probleme in eine ambulante Behandlung begeben, therapiebedürftige sexuelle Störungen haben. Sexuelle Störungen entwickeln sich auch im Rahmen einer Reihe körperlicher Erkrankungen, wie zum Beispiel bei Diabetes mellitus und bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen. In der ,,Massachussets Male Aging Study“ hatte ein hoher Anteil der Männer moderate oder ausgeprägte Erektionsstörungen, deren Häufigkeit mit steigendem Lebensalter und steigender Häufigkeit körperlicher Erkrankungen zunahm.

Das Bedürfnis der Patienten nach Beratung und therapeutischer Hilfe ist groß. Aber vielen fällt es noch immer schwer, über sexuelle Themen zu sprechen. Die Mehrzahl der Psychologen und Ärzte ist darauf nicht ausreichend vorbereitet. Außerdem beschäftigen sich zu wenige mit der Sexualität ihrer Patienten. Das Buch soll helfen, dieses Defizit zu verringern; es ist für Psychotherapeuten und psychotherapeutisch interessierte Psychologen und Ärzte geschrieben, die auch im Bereich der Sexualität ihrem Patientenklientel gerecht werden wollen.

Entsprechend der Häufigkeit stehen in diesem Buch die vorwiegend psychisch bedingten sexuellen Funktionsstörungen des Mannes und die psychischen Aspekte vorwiegend körperlich bedingter sexueller Probleme im Vordergrund. Dabei wird auch auf die neueren körperlichen Behandlungsmethoden eingegangen. Die sexuellen Deviationen und die Homosexualität werden orientierend besprochen, so daß mit den gegebenen Informationen beratende Gespräche geführt werden können. Die sexuelle Delinquenz und die Transsexualität werden nicht dargestellt, weil Männer mit diesen Störungsbildern ganz spezifische Therapie benötigen, die eine gesonderte Darstellung erfordern (siehe Clement & Senf, 1996; Marshall et al., 1998).

Die berufliche Tätigkeit im Bereich gestörter Sexualität ist sehr erfüllend. Zum einen fordert die Arbeit in einem typisch psychosomatischen Gebiet ständig zu stimulierender enger Zusammenarbeit mit benachbarten Disziplinen heraus, insbesondere mit Fachärzten der Inneren Medizin, der Andrologie und der Gynäkologie. Zum anderen ist die Dankbarkeit der Patienten groß, wenn sie endlich einen Gesprächspartner gefunden haben, der gewillt ist, ihnen in einem immer noch mit vielen Tabus belegten Bereich zu helfen.

1 Danksagung: Wir danken Frau Karin Steffens-Strohschön für die tatkräftige Mithilfe bei der Fertigstellung des Manuskripts.

1 Beschreibung der Funktionsstörungen

1.1 Die Störungsbilder

1.1.1 Definitionen

Als *sexuelle Funktionsstörungen* werden auf Vorschlag von Sigusch (1980, 1996) im Sinne eines Oberbegriffs alle Beeinträchtigungen der sexuellen Funktion bezeichnet, unabhängig von ihrer angenommenen oder nachgewiesenen Genese. *Sexuelle Dysfunktionen* sind jene Störungen, bei denen eine vorwiegende oder ausschließliche körperliche Ursache gesehen wird. Unter *funktionellen Sexualstörungen* werden Beeinträchtigungen verstanden, die als psychisch bedingt angenommen werden.

Sexuelle Dysfunktionen

Funktionelle Sexualstörungen

Genauer werden die *funktionellen Sexualstörungen* definiert als:
– Beeinträchtigungen im sexuellen Verhalten, Erleben und/oder in den physiologischen Reaktionsweisen, – die eine für beide Partner befriedigende sexuelle Interaktion behindern oder unmöglich machen, – obwohl die organischen Voraussetzungen dazu vorhanden sind (ansonsten: organisch bedingte Sexualstörungen) – und keine Fixierung auf unübliche Sexualziele oder -objekte vorliegt (ansonsten: Paraphilien/sexuelle Deviationen).

Beachte: Sexuelle Deviationen gehören nicht zu den funktionellen Sexualstörungen. Interessierten wird für diese Störungsbilder in Kapitel 6 des Buches eine erste Einführung in die Diagnostik und die Möglichkeiten der Therapie gegeben.

Kriterien für eine Störung

Für die Diagnose einer funktionellen Sexualstörung wird gefordert, daß sie ständig vorhanden ist oder wiederholt auftritt. Neu ist im DSM-IV das Kriterium, daß die Störung eine erhebliche Belastung (Leidensdruck) darstellt oder zwischenmenschliche Probleme verursacht. Durch dieses zusätzliche Kriterium bekommt die Beurteilung der Schwierigkeiten durch den Patienten selbst ein größeres Gewicht bei der Diagnosestellung. Das ist sinnvoll, da die Bewertung einer sexuellen Problematik durchaus von Fach- und Patientenseite unterschiedlich sein und damit zu unterschiedlichen Entscheidungen bezüglich einer Behandlungsnotwendigkeit führen kann. Aus epidemiologischen Studien ist z. B. bekannt, daß sexuelle Probleme eine hohe Prävalenz aufweisen, im Vergleich dazu professionelle Hilfe jedoch sehr viel seltener gesucht wird. Offensichtlich gelingt es einer gewissen Anzahl von Personen, sich mit ihrer beeinträchtigten sexuellen Funktionsfähigkeit zu arrangieren und ihr Sexualleben trotzdem zufriedenstellend zu erleben.

1.1.2 Inhaltliche Beschreibung der einzelnen Störungsbilder

In Tabelle 1 werden die einzelnen Störungsbilder kurz beschrieben und die jeweiligen ICD- bzw. DSM-Nummern für die (vorwiegend) nicht-körperlich bedingten Störungen angegeben. Der Abbildung ist zu entnehmen, daß – im Gegensatz zu anderen psychischen Störungen – die sexuellen Funktionsstörungen nach ,,Phasen“ unterschieden werden. Die inhaltliche Einteilung und Beschreibung erfolgt danach, in welcher Phase der sexuellen Erregung sie auftreten (sexueller Reaktionszyklus).

Aufgliederung nach Phasen

Unter lerntheoretischen Gesichtspunkten wird der sexuelle Reaktionszyklus als Verhaltenskette mit folgenden Abschnitten gesehen: sexuelle Annäherung (d. h. Beginn sexueller Aktivität und Reaktionen darauf), sexuelle Stimulation (Zärtlichkeiten, körperlicher Kontakt, Vorspiel), Einführung des Penis und Koitus, Orgasmus, die Zeit nach dem Orgasmus (Nachspiel). Die meisten Überlegungen zum sexuellen Reaktionszyklus basieren auf Konzepten und Untersuchungen, die von Ellis (1906), Masters und Johnson (1967) und Kaplan (1974) stammen. Nach ihnen werden vier Phasen unterschieden: Appetenzphase, Erregungsphase, Orgasmusphase und Entspannungsphase (vgl. Kapitel 1.5.1).

Sexueller Reaktionszyklus

Tabelle 1:
Sexuelle Funktionsstörungen des Mannes in den verschiedenen Phasen der sexuellen Interaktion (mit Angabe der ICD-10- bzw. DSM-IV-Nummern für die nicht (ausschließlich) körperlich bedingten Störungen)

Phasen	Störungen	ICD-10	DSM-IV
1. Appetenz	Anhaltende und deutliche Minderung des sexuellen Verlangens	F 52.0	302.71
	Sexuelle Aversion, sexuelles Vermeiden	F 52.1	302.79
2. Erregung	Erektionsstörungen: Erektion im Hinblick auf Dauer und Stärke nicht ausreichend für befriedigenden Geschlechtsverkehr	F 52.2	302.72
	Schmerzen beim Geschlechtsverkehr (Dyspareunie)	F 52.6	302.76
3. Orgasmus	Vorzeitige Ejakulation: Samenerguß schon vor dem Einführen des Penis in die Scheide, beim Einführen oder unmittelbar danach	F 52.4	302.75
	Ausbleibende Ejakulation: Trotz voller Erektion und intensiver Reizung kein Samenerguß, Anorgasmie	F 52.3	302.74
	Ejakulation ohne Orgasmus: Samenerguß ohne Lust und Orgasmusgefühl	F 52.11	302.70
4. Entspannung	Nachorgastische Verstimmung: Gereiztheit, innere Unruhe, Schlafstörungen, Depressionen, Weinanfälle, Mißempfindungen im Genitalbereich usw.		

Es ist wichtig, das Künstliche der Unterteilung des menschlichen sexuellen Reaktionszyklus im Auge zu behalten. Die Aufgliederung der sexuellen Interaktion hilft dem Therapeuten jedoch, bei der Diagnostik genauer zu analysieren, wann (d. h. in welcher Phase) die Sexualität seines Patienten problematisch wird. Dem Patienten hilft es, seiner für ihn unüberschaubaren Problematik nicht mehr total verständnislos gegenüberzustehen, sondern möglicherweise auch Bereiche seiner Sexualität zu finden, die befriedigend erlebt werden. Auch die gebräuchlichen Klassifikationssysteme (ICD-10 und DSM-IV) gehen mehr oder weniger nach dieser Einteilung vor.

1.1.3 Sexuelle Unlust (Sexuelle Appetenzstörungen)

Primäre Störung

Geringes sexuelles Interesse zeigt sich in dem Mangel, sexuelle Aktivitäten zu initiieren oder auf die Aktivitäten der Partnerin einzugehen. Die sexuellen Reaktionen können dabei normal verlaufen. Zum Problem wird sexuelle Lustlosigkeit meistens erst, wenn sich die betroffene Partnerin beklagt. Diagnostisch wichtig ist die Unterscheidung, ob es sich um eine primäre oder sekundäre Störung handelt. Hat der Patient noch nie, in keiner Situation, keinem Menschen gegenüber sexuelles Verlangen gezeigt? Das Nachlassen eines früher vorhandenen sexuellen Interesses kommt öfter vor als eine primäre Störung. Schwelende oder offene Partnerschaftskonflikte wirken sich negativ auf die Sexualität aus; Machtkämpfe in der Partnerschaft können über diesen Bereich ausgetragen werden. Beides kann das sexuelle Interesse dämpfen. Sexuelle Unlust kann auch Ausdruck eines angstbedingten Vermeidungsverhaltens sein. Bei Männern im mittleren Lebensalter findet man sexuelles Desinteresse häufig als sekundäres Problem, z. B. bedingt durch gesundheitliche Probleme oder durch Unzufriedenheit im beruflichen oder privaten Leben.

Sekundäre Störung

Sexuelle Aversion

Sexuelle Appetenzstörungen können sich auch in sexueller Aversion manifestieren. Dies äußert sich in deutlich unangenehmen Gefühlen bis hin zu Ekel schon bei der Vorstellung an eine sexuelle Beziehung. Furcht, Angst oder Ablehnung der Partnerin können zu so stark ausgeprägten Vermeidungsreaktionen führen, daß sie in aversives Erleben übergehen. Das wird in den neuen Diagnosesystemen DSM-IV und ICD-10 als Untergruppe gesondert klassifiziert.

Störungen der sexuellen Lust sind bei Männern seltener als bei Frauen, werden aber in den letzten Jahren häufiger angegeben.

1.1.4 Erektionsstörungen

Die Erektion entwickelt sich für die gewünschte sexuelle Aktivität nicht stark genug, überhaupt nicht oder sie hält nicht lange genug an. Häufig ist die Erektion während des Vorspiels voll ausreichend, läßt aber im Moment der versuchten Vereinigung deutlich nach. Dieser Ablauf ist ein wichtiger Hinweis auf eine psychische Bedingtheit. Entwickelt sich während des Petting die Erektion nur sehr schwach und schwankend oder kommt gar nicht zustande und besteht die Symptomatik durchgängig, d. h. auch bei der Masturbation und den morgendlichen Erektionen, dann ist eine körperliche Ursache zu vermuten. Vor allem in dieser Situation und bei primären Erektionsstörungen sollten differentialdiagnostisch organische Ursachen durch eine urologische bzw. andrologische Untersuchung ausgeschlossen werden. Weiterhin ist wichtig, auf mögliche Probleme der sexuellen Orientierung, der Geschlechtsidentität und der soziosexuellen Kompetenzen einzugehen.

Sekundäre Störung

Bei den häufigeren sekundären Erektionsstörungen muß in der Sexualanamnese genau auf den Verlauf der Störung eingegangen werden, um mögliche Auslöser identifizieren zu können. Hier können außer Partnerschaftskonflikten mögliche Lebensereignisse eine Rolle spielen, die so entscheidend sind, daß zunächst diese Problembereiche bearbeitet werden müssen und Sexualtherapie (noch) nicht indiziert ist.

1.1.5 Ejakulationsstörungen

Störung des Ejakulationsprozesses

Die verschiedenen Formen von Ejakulationsschwierigkeiten können in Störungen unterteilt werden, in denen zeitliche Veränderungen des Ejakulationsprozesses auftreten und in solche, bei denen der Ejakulationsprozeß selbst gestört ist. Zu Problemen der letzteren Art gehört die retrograde Ejakulation (Ejakulation in die Blase) und die Ejakulation ohne Orgasmus. Da diese Formen selten und meistens körperlich bedingt sind, wird hierauf nicht weiter eingegangen.

Veränderung des Ejakulationsprozesses

Die Probleme, in denen das vorwiegende Problem die zeitliche Veränderung des Ejakulationsprozesses ist, kann man auch als Orgasmusstörungen des Mannes bezeichnen, da der Zeitpunkt des Orgasmuserlebens verändert ist, der Ejakulationsprozess selbst aber nicht.

- *Vorzeitiger Samenerguß (Ejaculatio praecox, vorzeitiger Orgasmus)*

Die Übergänge eines als rasch aber nicht gestört erlebten Geschlechtsverkehrs zur vorzeitigen Ejakulation sind fließend. Am besten definiert man den vorzeitigen Orgasmus des Mannes als eine Störung, bei der der Patient

Diagnostische Kriterien

kaum oder keine Kontrolle über den zeitlichen Ablauf seines Ejakulationsprozesses besitzt. In der Sexualforschung gibt es keine einheitliche Definition, was ,,zu früh“ ist. Zusätzlich zu einer genauen Analyse des Zeitpunkts, d. h. ob der Samenerguß schon vor dem Einführen des Penis in die Scheide, beim Einführen oder unmittelbar danach stattfindet, sind deshalb die subjektive Zufriedenheit und eigene Einschätzung des Problems durch den Mann und durch seine Partnerin wichtige Kriterien für die Diagnose. Es wird deshalb in der Literatur auch vorgeschlagen, nicht mehr von vorzeitigem Samenerguß, sondern von ,,frühem“ Samenerguß zu sprechen (McCarthy, 1989).

Primäre Störung

Vorzeitiger Samenerguß kommt meistens als primäre Sexualstörung vor. Eine Annahme zur Entstehung der Ejaculatio praecox ist, daß diese Männer im Gegensatz zu anderen im Laufe ihres beginnenden partnerschaftlichen Sexuallebens nicht gelernt haben, ihre Ejakulation zu kontrollieren, z. B. weil die ersten sexuellen Erfahrungen unter ungünstigen äußeren oder emotionalen Umständen gemacht wurden. Auch eine Veranlagung hierzu wird diskutiert. Einige Männer entwickeln eine sekundäre Störung, d. h. nach einer Zeit, in der sie die Ejakulation kontrollieren konnten, können sie dies nicht mehr. Einer der häufigsten Gründe dafür ist sehr seltener Geschlechtsverkehr. Möglicherweise kann das Problem aber auch ein Zeichen für verschiedene Probleme in der Partnerschaft sein, wie z. B. Unzufriedenheit mit der sexuellen Beziehung, Ängstlichkeit bezüglich der Sexualität, Überforderung durch die sexuelle Erregung der Partnerin. Weiterhin können situative Faktoren, wie Streß, Angst und Befürchtungen bezüglich der Erektionsfähigkeit, den Ejakulationszeitpunkt negativ beeinflussen.

Sekundäre Störung

- *Stark verzögerter oder ausbleibender Orgasmus*

Die Symptomatik ist selten. Der Mann kommt erst nach sehr langem Geschlechtsverkehr oder überhaupt nicht zum Orgasmus. Der Versuch, den Höhepunkt zu erreichen, endet häufig für beide Partner mit körperlicher Erschöpfung und Unzufriedenheit. Die Problematik kann Ausdruck einer aus den unterschiedlichsten Gründen bedingten massiven Gehemmtheit des Mannes sein (Bindungsangst), oder er hat sexuell deviante Phantasien. Es ist wichtig, die Einnahme von Pharmaka (insbesondere Psychopharmaka) und den Gebrauch oder möglicherweise Mißbrauch von Alkohol genau abzuklären, da eine verzögerte Ejakulation dadurch bedingt sein kann. Im höheren Lebensalter kann das Problem auch auftreten, ist aber als normales Ereignis einzustufen, wenn die Verzögerung nicht zu ausgeprägt ist.

Ursachen

1.1.6 Dyspareunie

Seltene Störung

Eine Dyspareunie, d. h. Schmerzen während des Sexualverkehrs, tritt bei Männern wesentlich seltener auf als bei Frauen. Als erstes müssen bei diesem Störungsbild mögliche organische Verursachungen wie Phimose, Entzündungen des Harnleiters oder der Prostata ausgeschlossen werden. Mögliche psychische Verursachungen sind in Verkrampfungen der an der Ejakulation beteiligten Muskeln zu suchen (z. B. beim Versuch, die Ejakulation zurückzuhalten). Weiterhin können Schmerzen mit dem Störungsbild des stark verzögerten oder ausbleibendem Orgasmus in Zusammenhang stehen (z. B. zwanghaftes Bemühen, mit allen Mitteln zum Orgasmus zu gelangen).

1.1.7 Formale Beschreibungskriterien

Unter praktischen, d. h. therapierelevanten Gesichtspunkten hat es sich bewährt, die sexuellen Funktionsstörungen außer nach inhaltlichen Gesichtspunkten auch nach formalen zu beschreiben. Formale Beschreibungskriterien sind:

- die Häufigkeit der Problematik (immer oder gelegentlich?),
- die Umstände und Bedingungen ihres Auftretens (wo, wie, mit wem?),
- die Dauer (seit wann?),
- Schweregrad (Ausprägung, subjektive Belastung).

Einige formale Merkmale sind herauszuheben, da sie wichtige diagnostische Hinweise geben:

- *Primär – Sekundär*

Wichtige diagnostische Hinweise

Primär ist eine Störung, die seit Beginn sexueller Aktivitäten an besteht; als sekundär wird eine Störung bezeichnet, die nach einer Periode normaler Funktion auftritt. Sekundäre Störungen haben häufiger explorierbare Auslöser.

- *Generalisiert – Situationsabhängig*

Situationsabhängige Störungen treten nur bei bestimmten sexuellen Aktivitäten auf, z. B. nur beim Koitusversuch, nicht aber bei der Masturbation oder anderen sexuellen Praktiken. Die Situationsabhängigkeit ist ein deutlicher Hinweis auf eine psychisch bedingte Problematik. Als generalisiert werden solche Störungen bezeichnet, die bei jeder Form einer sexuellen Aktivität auftreten. Das spricht eher für eine körperliche Ursache oder für eine besonders schwere Problematik, die sich generalisiert hat.

- *Partnerabhängig – Partnerunabhängig*

Partnerabhängige Störungen, die nur bei einer bestimmten Partnerin auftreten, sind ein starkes Indiz für Schwierigkeiten in dieser Partnerschaft.

1.2 Differentialdiagnostik

Sexuelle Funktionsstörungen des Mannes können neben einer spezifischen Psychogenese (s. Kapitel 2) verschiedene weitere Ursachen haben. Das sind vor allem körperliche Erkrankungen, Nebenwirkungen von Pharmaka und andere psychische Störungen. Wenn solche zusätzlichen Ursachen bestehen, ist es nötig abzuklären, wie stark ihr Einfluß ist.

Daraus können sich folgende Therapieentscheidungen ergeben:
– Behandlung der Grundkrankheit oder Veränderung der Medikation; dadurch wird eine Besserung/Beseitigung der sexuellen Problematik erwartet. – Eine zusätzliche Therapie der sexuellen Problematik ist notwendig, da die Behandlung der Grundkrankheit oder die Medikationsveränderung nicht ausreichend sein wird bzw. der ursächliche Einfluß der Grundkrankheit nicht sehr entscheidend ist, oder mehrere psychische Störungen sind parallel zu behandeln (z. B. Psychotherapie der Partnerschaft und der sexuellen Störung, s. Kapitel 5.1). – Die Sexualproblematik bedarf einer Sexualberatung, da die sexuelle Störung trotz ihrer zusätzlichen Behandlung nicht (vollständig) zu beseitigen sein wird (z. B. bei irreversiblen körperlichen Ausfallserscheinungen (s. Kapitel 4.2).

1.2.1 Körperliche Erkrankungen

Organogenese versus Psychogenese

Je älter der Patient ist, desto eher muß an körperliche (Teil-)Ursachen gedacht werden. Es geht also um die Frage der *Organogenese* der Störung. Aber: Kann man so überhaupt fragen?

,,Die sexuelle Reaktionsfähigkeit ist ein psychosomatischer Prozeß, d. h., bei der Entstehung von sexuellen Funktionsstörungen sind psychische und somatische Prozesse meist gemeinsam beteiligt“ (ICD-10). Sexuelle Funktionsstörungen sind also multifaktoriell bedingt. In einem ,,Ursachenbündel“ greifen häufig körperliche und psychische Bedingungen ineinander. Dann ist eine Entscheidung im Sinne eines ,,entweder psychisch bedingt oder körperlich verursacht“ nicht zu treffen. Hierfür zwei Beispiele:

– Bei Diabetikern mit Erektionsstörungen wurden in einer eigenen Untersuchung (Kockott, 1981) erhebliche sexuelle Versagensängste festgestellt. Die psychische Komponente verstärkte deutlich die diabetesbedingte Sexualproblematik.
– Eine französische Arbeitsgruppe behandelte 23 erektionsgestörte Patienten mit pathologischen Angiogrammen der Beckenarterien konservativ mit Psychotherapie und/oder gefäßerweiternden Mitteln. Nach sechs Monaten fanden sich leichte bis deutliche Besserungen, auch bei alleiniger Psychotherapie (Buvat et al., 1983).

Das zweite Beispiel unterstreicht die in letzter Zeit oft geäußerten Zweifel, ob eine nachgewiesene Organpathologie immer auf die entscheidende Ursache einer sexuellen Störung hinweist.

Wenn sexuelle Störungen vorwiegend körperlich bedingt sind, verursachen sie meistens spezifische sexuelle Ausfallserscheinungen (siehe hierzu auch die Darstellungen bei den einzelnen Krankheitsbildern). Körperliche Erkrankungen, die häufig zu sexuellen Schwierigkeiten bei Männern führen, sind in Tabelle 2 aufgeführt.

Tabelle 2:
Körperliche Erkrankungen als (Teil-)Ursache

Krankheit	Art der Sexualstörung	vermutete Pathogenese
Diabetes mellitus	Erektionsstörungen, zunächst ohne Appetenzminderung	diabetesbedingte Gefäßstörungen im Genitalbereich
Herz-Kreislaufstörungen, Hypertonie	Erektionsstörungen, zunächst ohne Appetenzminderung	periphere Durchblutungsstörungen im Genitalbereich
Neurologische Erkrankungen		
1. Peripheres Nervensystem Multiple Sklerose, Polyneuropathien (Nervenschädigungen), traumat. Rückenmarksschädigungen	Erregungs- und Orgasmusstörungen, zunächst ohne Appetenzminderung	Störungen der nervalen Versorgung des Genitalbereiches und/oder der spinalen Zentren
2. Zentrales Nervensystem Schädel-Hirn-Traumen, Temporallappenschädigungen	Appetenzveränderungen, meist als -minderung	am ehesten Störungen im limbischen System
Urologische Erkrankungen, operative Entfernung der Prostata (Prostatektomie)	retrograde Ejakulation in die Harnblase („trockener Orgasmus“), Erektionsstörungen	Nervenschädigungen im Prostatabereich

- *Diabetes mellitus*

50% der Diabetiker Erektionsstörungen

Etwa 50 % der Männer hat Erektionsstörungen. Meistens bestehen die Erektionsprobleme kontinuierlich und gehen ohne wesentlichen Appetenzverlust einher. Sie treten unabhängig von der Schwere des Diabetes mellitus oder der Dauer seines Bestehens auf. Die Ursachen sind nicht eindeutig identifiziert. Vieles deutet auf diabetesbedingte Gefäßstörungen hin. Akute

díabetische Entgleisungen können zu Erektionsstörungen führen, die vor allem mit Appetenzverlust einhergehen.

- *Herz-Kreislauf-Erkrankungen*

Sexuelle Appetenz oft erhalten

Arterielle Gefäßerkrankungen, Bluthochdruck und hoher Nikotingebrauch sind deutliche Risikofaktoren für die Entwicklung gefäßbedingter Erektionsstörungen. Typischerweise ist dabei die sexuelle Appetenz über lange Zeit nicht gemindert.

- *Neurologische Erkrankungen*

Neurologische Erkrankung meist im Vordergrund

Eine Reihe neurologischer Erkrankungen verursacht sexuelle Erregungsstörungen, wie z. B. die Enzephalomyelitis disseminata (multiple Sklerose), Polyneuropathien (periphere Nervenschädigungen) unterschiedlicher Genese, traumatische (verletzungsbedingte) Schädigungen des Rückenmarks oder Hirnschädigungen im Temporallappen; letzteres führt zu Veränderungen des sexuellen Interesses. In der Regel steht die neurologische Symptomatik im Vergleich zur sexuellen Gestörtheit deutlich im Vordergrund.

- *Urologische Erkrankungen*

Prostata-operationen

Die Prostataentfernung, meistens wegen eines Prostata-Karzinoms, hat Auswirkungen auf die Sexualität. Die transvesikale Prostatektomie (Entfernung durch die Harnblase) führt häufig zu einer retrograden Ejakulation in die Harnblase, das Orgasmuserleben bleibt dadurch meistens unbeeinträchtigt. Der Patient erlebt also einen ,,trockenen Orgasmus“ (Orgasmus ohne sichtbaren Samenerguß). Bei einer retropubischen Prostatektomie (Entfernung durch die Bauchhaut) treten Erektionsstörungen in Abhängigkeit von der notwendigen Radikalität des operativen Eingriffs auf. Sie sind jedoch seltener als befürchtet: Etwa die Hälfte der Patienten einer Studie hatte nach der Operation noch partielle Erektionen, ein Viertel konnte gelegentlich einen Koitus vollziehen (Schorsch & Spengler, 1981).

1.2.2 Pharmaka

Pharmaka nur Teilfaktor

Pharmaka verursachen bei manchen Personen sexuelle Probleme. Es gibt fast kein Medikament, von dem nicht im Einzelfall unerwünschte Wirkungen auf den sexuellen Bereich beschrieben worden sind. Bei der überwiegenden Mehrzahl dieser Präparate ist keine Dosisabhängigkeit für das Auftreten von sexuellen Störungen bekannt. Deshalb müssen andere Faktoren zumindest mitverursachend sein. Sie können in der Erkrankung liegen, die zu behandeln ist, oder in anderen noch nicht bekannten Faktoren. Das

Medikament allein ist wohl niemals die ausschließliche Ursache. Zwischen der medikamentösen Behandlung einer Erkrankung und der Erkrankung selbst besteht in der Verursachung sexueller Probleme fast immer ein Zusammenhang: 17 % unbehandelter Hypertoniker und 25 % behandelter Hypertoniker leiden an Erektionsstörungen (signifikante Differenz). Beide Prozentzahlen liegen signifikant höher als die Häufigkeit in der Normalbevölkerung (Bulpitt et al., 1976).

Die bisher zur Verfügung stehenden Daten sind nicht ausreichend, um ein eindeutiges Bild über die Häufigkeit und das Ausmaß sexueller Veränderungen durch Pharmaka zu erhalten, man kann nur Hinweise auf wahrscheinliche Zusammenhänge geben. Die wichtigsten Pharmakagruppen (Unterteilung nach Hauptanwendungsgebieten), die gehäuft sexuelle Störungen verursachen können, sind in Tabelle 3 aufgeführt.

Tabelle 3:
Pharmaka als (Teil-)Ursache (aufgelistet nach Hauptanwendungsgebieten)

Pharmakon-Gruppe	Art der Sexualstörung	vermutete Einwirkung
Herz-Kreislauf-Medikamente, Antihypertensiva (z. B. Beta-Rezeptorenblocker)	Appetenzminderung	wahrscheinlich vorwiegend zentralnervös, auch peripher
Hormone, Hormon„dämpfer“ (z. B. Cyproteronacetat, Androcur ®)	Appetenzminderung	„dämpfend“ auf die Hypophysen-Gonaden-Achse
Antiepilektika (z. B. Carbamazepin)	Appetenzminderung	wahrscheinlich vorwiegend zentralnervös, auch peripher?
Sedativa, Hypnotika (z. B. Barbiturate)	Appetenzminderung	
Neuroleptika (z. B. Thioridazin)	Orgasmusverzögerung	
Antidepressiva, (z. B. Paroxetin)	Orgasmusverzögerung	

1.2.3 Psychopharmaka

Neuroleptika

Bei den Neuroleptika scheinen Phenothiazine zu einer Reduktion der sexuellen Appetenz, zur Ejakulationsverzögerung (vor allem Thioridazin: Melleril®) und zu Erektionsstörungen führen zu können. Insgesamt werden aber diese Veränderungen nicht häufig erwähnt. Einige Fallberichte beschreiben Erektionsstörungen, Ejakulationsverzögerung und herabgesetzte sexuelle Appetenz unter Butyrophenonen (z. B. Haloperidol). Sexuelle Störungen unter sonstigen Neuroleptika werden auch nur gelegentlich erwähnt, sind aber wahrscheinlich häufiger. Über die neuen sogenannten atypischen Neuroleptika ist bisher nichts bekannt.

Antidepressiva: Orgasmus-verzögerung

Die Angaben über Nebenwirkungen von Antidepressiva auf die Sexualität sind sehr uneinheitlich. Gut kontrollierte Studien sind rar. Danach scheinen sexuelle Funktionsstörungen unter Antidepressiva öfter als unter Placebobehandlung zu sein. Unter den selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern scheinen sexuelle Störungen gehäuft aufzutreten, insbesondere in Form einer Verzögerung der Orgasmus- und Ejakulationsfähigkeit (vor allem Paroxetin). Dagegen scheinen die selektiven MAO-Hemmer und Nefazodon die Sexualität weniger zu belasten.

1.2.4 Andere psychische Störungen

An folgende psychische Störungen ist besonders zu denken (Tabelle 4):

Tabelle 4:
Andere psychische Störungen als (Teil-)Ursache

Störungsbild	Art der Sexualstörung	vermutete Pathogenese
Depression (psychotische)	Appetenzminderung	Teilsymptom der depressiven Gesamtsymptomatik
Psychose (Schizophrenie)	Appetenzminderung	Ausdruck der Beziehungsstörung?
Abhängigkeiten (Alkoholismus)	Appetenzminderung und Erektionsstörungen	z. T. direkte Wirkung der Droge (Alkohol), z. T. reaktiv bedingt
Paraphilie (auch Homosexualität)	fehlende sexuelle Befriedigung, evtl. Erektionsstörung	andersartige sexuelle Ausrichtung

- *Depression*

Vor allem schwere psychotische Depressionen gehen häufig mit einem Libidoverlust bzw. einem sexuellen Appetenzmangel einher. Bestätigt sich eine Depression, muß die zeitliche Abfolge geklärt werden, da sexuelle Störungen auch sekundär eine Depression verursachen können. Sie bietet dann aber nicht das Bild einer schweren psychotischen Depression.

- *Psychosen*

Appetenz-störungen

Die Ergebnisse einer eigenen Untersuchung (Kockott & Pfeiffer, 1996) an 158 ambulant betreuten psychiatrischen Patienten unter einer Erhaltungsmedikation (100 schizophrene, 58 depressive Patienten) zeigte, daß sexuelle Funktionsstörungen von Patienten, die eine Psychose durchgemacht hatten, oft angegeben wurden (47 %). Vorwiegend handelte es sich um Appetenzstörungen, die nach dem klinischen Expertenurteil meistens multipel bedingt waren. Bei den schizophrenen Patienten ließ sich der störende Einfluß der Erkrankung auf die Sexualität nachweisen.